

名古屋第二赤十字病院セカンドオピニオン外来専用診療情報提供書

(様式2)

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R
患者さまの 氏名		性別 (男・女)	年 月 日 (年齢 歳)
疾患名	1.		
	2.		
	3.		
重症度 分類、 ステージ など	(用紙が足りないときは別紙記載をお願いいたします。)		
既往歴、 家族歴、 症状経過 等	(用紙が足りないときは別紙記載をお願いいたします。)		
現在の 治療内容、 処方内容	(用紙が足りないときは別紙記載をお願いいたします。)		
今後の 治療方針	(用紙が足りないときは別紙記載をお願いいたします。)		
お借りでき る資料	1. 診療情報提供書 2. レントゲン、CT、MR等画像資料 3. 血液、生体、病理等検査資料 4. 心電図、超音波検査等資料 5. その他 ()		
先生の 所属 医療機関	病院(診療所)名:		
	診療科:	医師名:	登録医番号:
	連絡先: TEL	— —	FAX — —

※上記の内容を記載いただければ、様式は問いません。

以下病院使用欄

患者番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	-	□
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

月 日 科受診 担当医: